

DE LA SUPPRESSION
DU DRAIN
PRÉVENTIF

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 1^{er} AOÛT 1887

PAR

J.-M. Émile COSTE

MÉDECIN DE LA MARINE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE GUSTAVE FIRMIN

3, PLACE DE LA MAIRIE, 3

—
MDCCLXXXVII

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN. Doyen
GRASSET. ASSESSEUR

PROFESSEURS

Clinique médicale	MM. COMBAL (* *).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	CAVALIER (*).
Physique médicale.	MOITESSIER (*).
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (*).
Chimie médicale et pharmacie	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.	CASTAN.
Clinique médicale	GRASSET.
Botanique et histoire naturelle médicale	PLANCHON (* *).
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie.	L. DUMAS.
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Opérations et appareils	GRYNFELTT.
Pathologie externe.	CHALOT.
Anatomie pathologique et histologie	KIENER.
Anatomie (Chargé du cours).	BIMAR.
Thérap. et matière méd. (Chargé du cours)	MOSSÉ (*).

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. * *).

Profess. honor. { MM. MARTINS (O. *).
DUPRE (C. * *).

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES

Clinique des maladies des enfants.	MM. BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutanées.	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards	HAMELIN (*), agrégé.
Clinique ophthalmologique	TRUC, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. CARRIEU	MM. BLAISE	MM. TRUC
MAIRET	BAUMEL	GERBAUD
BIMAR	VILLE	GILIS
MOSSÉ (*).	GRANEL	MALOSSE
REGIMBEAU (*).	FORGUE	

MM. GOT, secrétaire.

F.-J. BLAISE, secrétaire honoraire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. DUBRUEIL, président.
GRYNFELTT, professeur.
GAYRAUD, agrégé.
FORGUE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A ma Famille

A MONSIEUR LE PRÉSIDENT DE L'INSTITUT

Monsieur le Docteur Dubreuil

PROFESSEUR DE MÉDECINE GÉNÉRALE

CHARGÉ DE CLINIQUE À L'HÔPITAL

A mes Maîtres

A Monsieur le Docteur J. Fontan

PROFESSEUR À L'ÉCOLE DE MÉDECINE

DE TOULON

A mes Amis

A Monsieur le Professeur Arago Gerbault

E. COSTE.

E. COSTE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Docteur Dubrueil

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A Monsieur le Docteur J. Fontan

PROFESSEUR A L'ÉCOLE DE MÉDECINE NAVALE
DE TOULON

A Monsieur le Professeur-Agrégé Gerbaud

E. COSTE.

INTRODUCTION

Un certain nombre de chirurgiens, tant en France qu'à l'Étranger, suppriment aujourd'hui le drainage dans la réunion des traumatismes récents; ils exceptent pourtant ceux qu'une contusion trop vive a forcément voués à la suppuration.

Ce qui paraissait chimérique il y a quinze ans est donc passé maintenant à la réalité. Comment l'évolution s'est-elle effectuée? Par quelles phases le drainage préventif est-il passé en ces derniers temps avant d'en arriver là? C'est ce que nous allons essayer d'exposer dans le premier chapitre de ce travail, tout en remontant à l'origine du drain et aux premiers chirurgiens qui l'emploient dans les solutions de continuité récentes; chemin faisant nous arriverons aux inconvénients du drain préventif, et aux conditions éminemment favorables à la réunion immédiate totale. Les observations cliniques qui viennent à l'appui de la suppression du drain seront ensuite présentées en détail; dans un troisième chapitre, nous résumerons les avantages attachés à la nouvelle méthode et nous conclurons en dernier lieu.

Avant d'entrer en matière, qu'il nous soit permis de témoigner toute notre reconnaissance à M. le professeur Dubrueil, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre Thèse.

INTRODUCTION

Il n'est pas de science exacte, et c'est là le premier point à retenir. La science exacte n'existe que dans l'esprit, et c'est là le second point à retenir. La science exacte n'est que l'art de raisonner, et c'est là le troisième point à retenir. La science exacte n'est que l'art de raisonner, et c'est là le quatrième point à retenir. La science exacte n'est que l'art de raisonner, et c'est là le cinquième point à retenir. La science exacte n'est que l'art de raisonner, et c'est là le sixième point à retenir. La science exacte n'est que l'art de raisonner, et c'est là le septième point à retenir. La science exacte n'est que l'art de raisonner, et c'est là le huitième point à retenir. La science exacte n'est que l'art de raisonner, et c'est là le neuvième point à retenir. La science exacte n'est que l'art de raisonner, et c'est là le dixième point à retenir.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

DE LA SUPPRESSION DU DRAIN PRÉVENTIF

CHAPITRE PREMIER

PHASES DU DRAINAGE PRÉVENTIF. — PLAN D'UNE OPÉRATION EN VUE DE LA SUPPRESSION DU DRAIN

Le drainage chirurgical, dont l'idée paraît déjà dans les ouvrages de Ferri, de Cloquet et de Baudens, ne commence pourtant à être vraiment expérimenté qu'en 1851 par Chassaignac, qui en multiplie les applications, en trace les règles et arrive à en faire une méthode chirurgicale complète; le mot toutefois n'est pas de lui: il est d'origine anglaise et vient de *to drain* (faire écouler, sécher, vider, épurer, égoutter, mettre à sec); c'est Brochin, rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux* de l'époque, qui l'emploie pour la première fois dans un article consacré à l'innovation du procédé.

Le principe du drainage chirurgical est d'établir un écoulement continu du liquide au dehors, en d'autres termes, d'opérer une sorte de dessèchement des foyers purulents ; il conduit à se servir de tubes de caoutchouc vulcanisé de diamètre variable, mais qui est moyennement celui d'une plume de corbeau, percés de distance en distance de petits trous semblables aux yeux d'une sonde. Ces tubes sont placés en travers des abcès, des foyers ou dépôts purulents, de manière que les liquides pénétrant par les trous pratiqués le long de leurs parois, en parcourent aisément toute la longueur et viennent sourdre continuellement au dehors par les deux orifices, ou celui de ces orifices qui est pratiqué dans la position la plus déclive.

C'est donc surtout pour vider les foyers purulents, que le drainage est employé au début ; mais les résultats sont tellement retentissants que le drain ne tarde pas à se généraliser ; et on ne s'en servait encore que pour évacuer les collections purulentes, lorsque deux chirurgiens de la marine, Jules Roux et Arlaud, l'utilisèrent dans les plaies qui résultent des amputations des membres ; et, pour en faire comprendre à la fois et l'idée et le but, lui donnèrent le nom bien exact de drainage préventif, le drainage curatif étant celui appliqué au croupissement du pus.

Ce fut sur les nombreux blessés de l'armée d'Italie reçus à l'hôpital Saint-Mandrier et à l'hôpital du bagne de Toulon, en 1859, que ces deux éminents chirurgiens mirent en pratique leur procédé.

Ils fermaient leur plaie opératoire par des points de suture entortillée, après y avoir couché dans le fond, la traversant diagonalement, des sétos tubuleux préventifs (c'est ainsi qu'ils appelaient les tubes de Chassaignac), dont les extrémités sortaient par chacun de ses angles.

Par ce moyen-là, ils obtenaient la cicatrisation par adhérence de leurs plaies, et ils n'avaient point à craindre l'accumulation des liquides dans la profondeur. Le suintement sanguinolent qui s'opérait pendant les premières heures, le pus qui se formait ensuite, s'écoulant

incessamment par ces canaux de dérivation, les parois de la cavité se rapprochaient sans effort et la guérison arrivait promptement.

Grâce à un drainage parfait, les deux chirurgiens de la marine obtinrent des succès jusqu'alors sans exemple, à la suite d'amputations consécutives qu'ils pratiquèrent, et parmi lesquelles figurent vingt-deux désarticulations sans un seul décès.

«Pour expliquer ces résultats heureux, dit Arlaud, il n'y a lieu d'invoquer ni des conditions hygiéniques particulières dans lesquelles se seraient trouvés les blessés et les opérés, ni leur âge, ni leur tempérament, ni les méthodes et les procédés opératoires (qui ont du reste beaucoup varié suivant les circonstances et suivant les opérateurs), ni une adresse particulière de ces mêmes opérateurs, ni le hasard, ni le bonheur ; les succès ont été dus surtout au drainage appliqué comme moyen préventif immédiatement après les amputations.»

C'était un progrès réalisé sur les procédés préconisés par Larrey et Dupuytren ; des bandelettes de diachylon imbriquées formant une sorte de cuirasse, soustrayaient la surface de la plaie à l'action irritante de l'air extérieur, et un sérieux écoulement était assuré au liquide ; les hémorrhagies que favorisait l'emploi de linges cératés perdaient de leur fréquence ; le pus s'écoulant au dehors, on ne trouvait plus de lac purulent au-dessous de la manchette cutanée et le bourgeonnement des surfaces cruentées s'opérait au milieu d'une atmosphère moins septique. Les victimes de l'infection purulente, cette septicémie majeure «qui faisait plus de ravages dans les hôpitaux que n'avaient fait de cadavres les batailles les plus sanglantes», devenaient plus rares et on ne voyait guère sévir que les formes atténuées, subaiguës ou chroniques de la septicémie ; la guérison des plaies cessait enfin d'être aléatoire.

Les chirurgiens ne tardent pas à s'apercevoir de tous ces avantages, et dès lors leur faveur est acquise à la nouvelle méthode ; l'usage du drain préventif s'étend non seulement des hôpitaux de la marine à tous les autres hôpitaux de France, mais la chirurgie étrangère s'en empare et le fait entrer dans ses pansements.

Dans son exposé de la méthode de Lister, dont il est l'apôtre fervent,

parlant de l'état du moignon, avant l'application des sutures, le Dr Just-Lucas Championnière écrit: «On ne recherche plus la propreté minutieuse du lambeau ; on s'attache peu à tarir exactement l'écoulement du sang, c'est l'état aseptique de la plaie que l'on poursuit, sa propreté chirurgicale .» Or il ne peut en être ainsi qu'à une condition, l'application d'un drain dans les parties profondes du moignon ; et c'est qu'en effet, pour le chirurgien d'Edimbourg, le drainage a un rôle capital. Jamais il ne fait un pansement sans appliquer un ou plusieurs de ces petits tubes de Chassaignac, comme il les appelle volontiers. Toutefois il ne place pas les drains comme l'a enseigné leur inventeur, c'est-à-dire d'un bout à l'autre de la plaie ; il pose un ou plusieurs drains debout, de la surface cutanée à la profondeur, sous les tissus rapprochés. Chaque jour on retire ce drain pour le nettoyer, et quand on le replace, on le diminue de longueur.

Azam, dans la méthode connue sous le nom de «Méthode de l'hôpital Saint-André de Bordeaux», ayant traité à la réunion des plaies d'amputation et de quelques autres grandes plaies, combine le drainage profond et la double suture, profonde et superficielle ; il repousse absolument toute injection détersive ou autre dans la cavité du drain et recommande de ne lui imprimer aucun mouvement. «J'ai la certitude, dit-il, que ces injections sont nuisibles, soit en apportant dans la profondeur du moignon des corps étrangers, soit en agrandissant le canal qui contient le drain, canal qui doit l'enserrer le plus étroitement possible ; là est une condition de succès.»

Après le professeur de Bordeaux, M. Désormeaux cherche et obtient la réunion immédiate sous le pansement ouaté d'Alphonse Guérin, mais il a soin de laisser dans le point le plus convenable un espace sans réunion dans lequel il place un drain.

A peu de différence près, la méthode suivie par les chirurgiens que nous venons de citer dans l'application du drainage préventif, était celle de Roux et Arlaud ; cela ne pouvait pas durer ; il devait survenir des changements que nous comprenons certes très bien, et qui, loin de tenir à la versatilité de l'humanité en général et du chi-

rurgien en particulier, tiennent au contraire à ce que, chaque jour, celui-ci veut augmenter les chances de guérison, perfectionner les méthodes, assurer les conditions de la cure et faire mieux encore qu'il n'a fait jusqu'ici.

Nous ne trouvons d'abord que des modifications de détail ; la couleur pour commencer ; les tubes en caoutchouc gris, qu'Azam lavait au préalable dans l'eau chaude, à l'effet de leur enlever l'excès de sulfure de carbone, ne sont plus employés ; ils ont une odeur sulfureuse prononcée et manquent de solidité ; on préfère se servir de tubes plus solides, de caoutchouc rouge ou noir, plus pur et moins susceptible d'altération, qu'on rend aseptiques par un séjour à demeure dans un vase rempli d'eau phéniquée forte. Mais la substance élastique elle-même n'est point sans défaut ; elle réagit contre la compression inévitablement amenée par le gonflement des parties lésées, et produit un surcroît d'irritation dans la plaie, qui s'ajoute fatalement à celle que produit le drain agissant comme corps étranger.

Les hommes de l'art travaillent alors à l'envi pour la remplacer.

Le D^r J. Chiène d'Édimbourg préconise le drainage au catgut phéniqué, mais son prix élevé et la rapidité parfois nuisible de son absorption le font abandonner.

MM. White de Nottingham et Marshall proposent les crins de cheval, et de préférence les crins noirs plus gros et plus visibles que les blancs. Après les avoir lavés dans une solution forte de soude ou de potasse pour les débarrasser des corps gras qui les imprègnent et des impuretés qui adhèrent à leur surface, le chirurgien anglais les conserve dans une solution phéniquée ; ils sont appliqués en faisceau et les liquides filtrent par capillarité le long du faisceau ; chaque jour il peut être diminué de volume sans être déplacé, en retirant un certain nombre de brins ou de crins. On arrive ainsi à avoir des drains filiformes. Les crins de Florence vantés par un médecin italien leur sont bientôt préférés.

Après Lucke, Nüssbaum, Schroder, etc., Leisrin se sert de tubes de verre percés de trous soigneusement émoussés, et préparés spécialement ; le nettoyage en est facile.

Kümmel fait usage de mèches de coton de verre de grosseur et de grandeur convenables pour son pansement anorganique au sublimé.

Bürchardt, en 1876, se préoccupant de l'entrée des germes par l'ouverture des drains, utilise des tubes de verre conduisant les liquides de la plaie dans des ballons de gomme où ils sont neutralisés.

Conduit par des idées différentes, et après avoir successivement employé les plumes d'oie, une mince lame d'or, la gélatine, le catgut tressé, la colle-forte, des portions de veine, d'artère, d'intestin, de trachée, et tout cela sans résultats bien nets, Neuber, privat-docent à l'université de Kiel, préconise les tubes d'os décalcifiés, rendus aseptiques et les fait entrer en jeu dans son pansement rare ; mais ils ne semblent pas conquérir de nombreux partisans. Leur résorption n'est pas toujours assurée, et loin de favoriser l'écoulement des liquides, ils font souvent office de bouchon, oblitèrent le trajet destiné à livrer passage aux produits de sécrétion et font naître les complications dues à la rétention des liquides accumulés dans la profondeur des plaies. Pénétré pourtant d'un des inconvénients de la méthode de Lister, à savoir la nécessité de renouveler plusieurs fois le pansement, reconnaissant d'autre part que le repos absolu pendant les premiers jours qui suivent l'opération ou le traumatisme, est une condition éminemment favorable à la cicatrisation des plaies, le professeur allemand poursuit toujours la réalisation d'un pansement rare (Dauerverband). Trahi par les drains organiques, il a l'idée de supprimer le drain tout en conservant le principe du drainage.

De concert avec Esmarch, il fait fabriquer un instrument bizarre, l'emporte-pièce, plus connu sous le nom de ce dernier. Au moyen de cet instrument il enlève une ou plusieurs rondelles de peau dans les points qu'il s'agit de drainer, puis taille en entonnoir le tissu cellulaire au voisinage de ces trous. Le procédé est mis en usage, mais dure peu de temps ; les trous faits à l'emporte-pièce se bouchent un peu trop facilement, et il est difficile de les rétablir sans irriter la plaie et risquer de la faire saigner. Que faire alors ? Le choix était difficile. Supprimer le principe du drainage lui-même ;

celà paraissait une hérésie chirurgicale ; on y arriva pourtant, et voici comment : On perfectionna l'hémostase de façon à réduire presque à néant l'hémorragie parenchymateuse qui la suit ; la sécrétion de la surface de la plaie, que favorisait l'emploi d'une solution forte d'acide phénique, 1/20 en général pour qu'elle fut réellement antiseptique, fut diminuée par la suppression de l'acide phénique (si ce n'est pour le lavage des instruments), et son remplacement dans l'irrigation des plaies par des solutions de chlorure de sodium à 6 centièmes et de sublimé à 1 deux-millièmes, d'un pouvoir microbicide plus intense tout en étant moins concentrées, qui plus est, ne produisant pas les excoriations, la vésication de l'acide phénique, et par suite, n'augmentant pas les exsudations séreuses ; la chambre où l'on n'opéra que du frais, fut désinfectée avec un soin remarquable ; des tuyaux de verre de gros calibre conduisant des solutions désinfectantes d'un étage supérieur dans la salle d'opérations, l'arrosage de cette dernière se fit copieusement ; les tables, bassins pour instruments, consoles, tout subit un traitement antiseptique ; les internes, les chirurgiens ne purent plus traîner dans les salles ces vieilles redingotes maculées par le sang, par le pus d'opérés, souillées même à l'amphithéâtre d'autopsie, qui, le service d'hôpital terminé, étaient soigneusement enfermées dans de petits placards de façon à conserver leur odeur *sui generis* et leurs propriétés microbiques ; un long vêtement en caoutchouc blanc tombant sur les pieds que complétait un vaste tablier de caoutchouc serré à la taille par une bande d'Esmarch, des chaussures de caoutchouc, indispensables pour circuler dans le marécage antiseptique, telle fut la livrée nouvelle des assistants de Neuber ; irrigation de la plaie pendant toute la durée de l'opération avec de la liqueur de Van Swieten (trois ou quatre litres pour une amputation de cuisse) ; solutions antiseptiques plus ou moins étendues pour le lavage des mains non infectées ou infectées, et, dans ce dernier cas, des brosses, une durée de quelques minutes en plus, permirent de purifier cet instrument des instruments, souillé par le contact de matières septiques ; en un mot tout dans la salle respira la propreté la plus minutieuse et l'antisepsie la plus rigoureuse ; la compresse

fendue, qui met à l'abri les mains de l'aide rétracteur, au moment de l'application de la scie, n'y échappa point et subit la même imprégnation ; la bande élastique d'Esmarch ne parut pas ; l'écoulement sanguin intense qui survient après l'enlèvement du collier la fit remplacer par la simple compression digitale.

Je passe maintenant aux détails de l'opération qu'on dut exécuter : *cito, tuto et jucunde*, toujours en vue de la réunion immédiate totale sans drain ; là-dessus je m'explique en prenant pour exemple une grande amputation : la rapidité opératoire, permet de ne point prolonger les dangers du chloroforme, et le choc que subit le malade, de fermer surtout l'entrée de la plaie aux microbes.

Les sections durent être nettes : pour ménager et mettre à l'abri de toute souillure les parties divisées, on proscrivit les pinces, les ciseaux, les écarteurs métalliques, comme pouvant macher, déchirer ; contondre les tissus ; les mains de l'opérateur ou celles d'un aide choisi au courant de l'antisepsie, relevèrent ou écartèrent les chairs ; la section de la peau se fit différemment : normalement si elle était fine, en biseau, au contraire, si elle était épaisse. On tailla les muscles obliquement ou en escalier à étages rapprochés, les plus profonds furent détachés des os à la manière de Bell, toutefois sans grattage pour ne pas avoir de la pulpe de viande ; rien de spécial pour la section osseuse, qu'on pratiqua directement sans se préoccuper du périoste, en donnant à la scie la direction commandée pour chaque amputation en particulier.

Les sections terminées, il fallut réaliser l'hémostase, et l'assèchement parfait des surfaces ; le catgut sublimé fut utilisé pour la ligature des vaisseaux ; la torsion illimitée pour les petites artères ; pendant ce temps la solution mercurielle froide, possédant la double propriété d'antiseptique et d'hémostatique, et entraînant avec elle tout caillot sous lequel pouvait se cacher une source de sang, montrait à l'opérateur la petite bouche qui donnait, et une pince à forcipressure arrêta l'écoulement.

De cette façon pas le moindre petit caillot ne fut négligé ; tout suinte-

ment s'arrêta ; on obtint un véritable assèchement des surfaces cruentées, et l'étanchéité la plus absolue réalisée, on affronta exactement et minutieusement toutes les parties similaires, pièce à pièce, les muscles en face des muscles, le tissu cellulaire vis-à-vis du tissu cellulaire, la peau contre la peau ; la double suture, profonde et superficielle, toujours exécutée avec le catgut sublimé, vint maintenir le tout en contact ; et dans le but d'aider à l'étanchéité des surfaces en les maintenant appliquées l'une contre l'autre, et aussi d'empêcher l'exsudation inflammatoire interstitielle, on fit une compression excessivement énergique en appliquant le pansement. Pour la confection de celui-ci, un topique unique, très bon marché, léger, facile à manier, non irritant pour les plaies et aisément contenu dans des coussins de mousseline à mailles assez larges, fut mis en honneur, la tourbe, poudre brunâtre rendue aseptique par un séjour de quelques heures dans une étuve chauffée à 120 degrés.

Le microbe le plus récalcitrant ne résista pas à ce traitement rigoureux, et le succès vint couronner l'ingénieuse entreprise ; un grand nombre de cas de réunion immédiate totale se produisirent en peu de jours ; le drain préventif était battu en brèche, le pansement rare triomphait.

Ne pas renouveler les pansements, avoir un personnel moins nombreux, de meilleurs résultats, diminuer presque de moitié le séjour des blessés dans les salles d'hôpital, tout cela était fait pour allécher pas mal de chirurgiens et surtout nombre de commissions administratives ; c'est ce qui eut lieu ; la méthode se répandit dans différentes villes d'Allemagne ; et aujourd'hui le drainage de Roux et Arlaud dans les solutions de continuité récentes est passé de mode en ce pays. Pour montrer que ce ne sont pas les premiers venus qui ont proposé l'innovation, je citerai après Neuber les noms de : Esmarch, Schlang, Schede, Von Winiwarter de Liège qui enregistre tous les jours des succès à l'hôpital de Bavière, Plüm de Copenhague qui moyennant une asepsie parfaite arrive même à se passer de drain, dans les plaies cavitaires comme celle qui sont déterminées par l'extraction de sequestres, ou les

évidements osseux, à la condition de plisser la peau et de l'introduire jusqu'au fond de la cavité.

En France, on ne restait pas en arrière : le Lister était trop compliqué et surtout trop coûteux pour que l'usage s'en continuât sur un champ d'activité tel que l'est un service d'hôpital ; les pansements secs avaient vu le jour ; grâce à eux la levée des appareils était de plus en plus espacée, et l'épithète de pansement durable avait pu passer à bon droit dans le langage chirurgical français. Comme de l'autre côté du Rhin, les chirurgiens n'avaient pas tardé à s'inquiéter des inconvénients des drains, qui sont une cause de suppuration, d'irritation par leur présence ; on devait les enlever le plus tôt possible. M. le professeur Gosselin, dans aucun cas, ne les laissait plus de quarante-huit heures ; d'autres, et notamment M. Roverdin les retiraient dès le lendemain.

Les choses en étaient là, lorsque parut le récit d'un voyage au Congrès médical de Copenhague, fait par le Dr Auguste Reverdin, dans lequel le professeur de Genève, racontant les diverses phases du drainage préventif en Allemagne, et développant les précautions antiseptiques que l'on y prend, finit par s'écrier : « On n'y draine plus. » Cela suffit ; le succès des étrangers confirma dans leur sage entreprise les quelques chirurgiens français, qui depuis quelque temps déjà se passaient de drain dans les traumatismes récents.

La question vint alors au grand jour ; le Congrès de Chirurgie tenu à Paris l'année dernière s'en occupa dans sa session d'octobre, et les partisans de la réunion immédiate totale s'y révélèrent avec Chénieux de Limoges et Daniel Molière de Lyon.

Depuis quatre ans le professeur de Limoges n'emploie plus le drain dans les solutions de continuité récentes, et il s'en trouve bien ; il n'opère jamais du frais qu'il ne réunisse totalement ensuite ; dans des ablations de tumeurs plus ou moins volumineuses, il a toujours obtenu la réunion parfaite. Dans un cas de thyroïdectomie, malgré la vaste étendue de la plaie, malgré sept ou huit ligatures, il a réuni sans drainage. La réunion s'est faite partout, sauf au niveau du creux sus-sternal où la

peau n'avait pu être affrontée ; là même ; il n'y a pas eu de suppuration et la guérison était complète le huitième jour. Dans l'hystérectomie vaginale, quand la section porte sur toute la surface supravaginale de l'utérus , y compris les ligaments larges et les ovaires, qu'on trouve avec cela des adhérences étendues et qu'il en résulte de vastes surfaces cruentées, M. Chénieux ne draine pas ; nous citons trois cas de ce genre où il s'est abstenu du drainage et les résultats ont été très heureux ; les malades étaient sur pied le vingt-deuxième jour. Il préfère rentrer le pédicule quel qu'il soit, rapprocher et réunir les surfaces sanglantes, et ne pas se préoccuper des liquides qui peuvent être exsudés dans le petit bassin. « Ces liquides, dit-il, mélangés de sérosité et de sang, grâce à l'emploi du sublimé, sont parfaitement aseptiques et nullement irritants ; ils sont en vase clos et se trouvent dans les mêmes conditions que ceux qui occupent l'espace situé entre les deux bouts divisés d'un muscle ou d'un tendon après la myotomie ou la ténotomie ; leur condition est encore analogue à celle des liquides des foyers de fracture qui disparaissent par résorption en concourant à l'organisation du cal. Au contraire, avec le drainage ces liquides versés au dehors seraient le véhicule des microbes. » Et plus loin, en parlant de l'ovariotomie que l'on pratique chez certaines personnes au milieu d'un complet épuisement, il ajoute : « Ces liquides aseptiques enfermés, constituent un fond de réserve dont l'économie s'empare utilement par la résorption, alors que l'alimentation est à peu près nulle pendant les premiers jours. »

Le professeur Molière, de Lyon, ne fait pas le drainage préventif dans les cas où il est sûr de l'asepsie ; comme les chirurgiens allemands il divise en deux catégories les opérations, le neuf et le vieux, ce sont leurs propres expressions ; pour le neuf, c'est-à-dire les amputations, les ablations de tumeurs non ulcérées, il pratique la réunion immédiate totale, d'après une méthode antiseptique très rigoureuse : pour arrêter l'hémorrhagie produite par la section des vaisseaux sanguins, il ne fait jamais de ligatures ; toujours la torsion même quand il s'agit de l'artère fémorale au quart supérieur de la cuisse ; un aide pratique

des ablutions fréquentes avec la solution au bichlorure tout le temps que dure l'opération et sans que l'opérateur s'arrête dans son travail; car celui-ci doit agir le plus rapidement possible, pour fermer la porte aux microbes; il se sert de coton salycilé pour le pansement avec lequel il exerce un certain degré de compression. Le chirurgien de l'Hôtel-Dieu a annoncé d'ailleurs au Congrès qu'il réunissait sans drainage dans les amputations du sein avec évidemment; il parle de onze amputés de cuisse tous guéris, qui ont pu prendre mesure pour leur appareil du neuvième au douzième jour; ce ne sont pourtant pas là ses seuls résultats, car voilà trois ans qu'il agit ainsi. Depuis les onze amputations de cuisse citées, il a eu de nombreux succès dans des opérations nouvelle pratiquées sur la cuisse, la jambe et l'avant-bras; dans dix cas de résection du coude avec ablation de la synoviale tuberculeuse, il s'est passé du drainage préventif, et a toujours obtenu en peu de temps la réunion immédiate complète. M. Molière attribue ces heureux avantages à l'antisepsie rigoureuse et à la compression énergique qu'il pratique; je ne crains pas de le répéter, là seulement est une condition de réussite.

Nous avons pu nous convaincre par nous mêmes de cette assertion dans le service de Monsieur Fontan, où nous avons recueilli le plus grand nombre des observations présentées dans la suite, pour appuyer la nouvelle méthode; le professeur de Toulon ne se contente pas d'une *antisepsie* parfaite et d'une *étanchéité* absolue de la plaie; il est deux autres conditions qu'il réalise, c'est un *affrontement* exact et minutieux de toutes les parties similaires, et un certain degré de *compression* qu'il obtient en deux temps: d'abord par le mode spécial des sutures profondes qui porte le nom de capitonnage, puis par le pansement compressif extérieur. « Ainsi, dit-il, l'inflammation est supprimée, les plaies ne fournissent plus de liquides, on peut se dispenser du drain, et éviter ainsi cette cheminée centrale du moignon qui favorise ou entretient la suppuration, si elle ne l'a pas causée. » Le mot capitonnage a été prononcé; comment y procède-t-on? Il s'exécute avec du catgut n° 2, préparé au sublimé, c'est-à-dire tel qu'il doive être résorbé en cinq ou six

jours au minimum, en huit à dix jours au plus. Ces fils sont armés d'une longue aiguille droite ; ils portent à leur extrémité libre un nœud volumineux sur lequel est arrêté un petit carré double de protective enfilé à l'avance. Le fil est alors passé à travers le moignon, au niveau de la section de l'os, traversant peau et muscles d'un côté, puis muscles et peau de l'autre et sortant au point correspondant. Là, un petit carré de protective, puis un coulant de plomb de Galli, sont glissés sur le catgut et fixés contre la peau par l'écrasement du coulant de plomb, pendant qu'un aide soutient vigoureusement les lèvres de la plaie qui tendent à s'écarter ; le fil qui traverse ainsi tout le membre exerce entre les deux points où il est fixé une traction, et, par suite, une striction modérée. Une série de fils semblables sont passés à des intervalles de 2 centimètres, sur 1 ou 2 rangs ; l'ensemble porte le nom de capitonnage, et a pour but de maintenir les tissus rapprochés et de prévenir toute tension au niveau de la suture superficielle ; cette dernière se fait avec de la soie antiseptique huilée et de fines aiguilles. Les points doivent être rapprochés de 7 à 8 millimètres. Cette suture doit être minutieuse. En fait elle manque plus souvent sur quelques points que la suture profonde ; sur la ligne des sutures on place d'abord un morceau de protective imbibé de solution mercurielle, puis de l'étope aseptisée au bichlorure, enfin de l'ouate qui sort d'une étuve chauffée à 150 degrés, le tout maintenu par quelques tours de bande bien serrés et le pansement compressif est fini.

Tels sont les préceptes à suivre pour obtenir une réunion par première intention dans toute grande plaie, qu'elle soit chirurgicale ou accidentelle sans attrition des parties, ni contre indications formelles. Si l'on s'y conforme, on réussira presque toujours et l'on achèvera à peu de frais une guérison rapide sans aucune crainte de septicémie et dans les meilleures conditions d'utilisation fonctionnelle du moignon dans le cas d'une amputation. Si l'on échoue, que la réunion se rompe d'elle-même ou qu'il y ait un des accidents possibles après les grandes opérations, sphacèle des lambeaux, abcès, etc. ; la suture n'augmente en rien ces ennuis, et l'on s'en débarrasse s'il le faut. Mais ce sont là

des hypothèses, car la réunion primitive est toujours obtenue. Nous pourrions citer un grand nombre de faits dans lesquels la suture en plusieurs plans sans drain a donné une guérison en quelques jours. Nous nous bornerons à rappeler quelques observations déjà publiées et à en détailler de nouvelles.

CHAPITRE II

Observation Première

Amputation de cuisse (procédé oblique elliptique de Marcellin Duval). — Réunion par première intention (observation communiquée par M. le professeur Fontan).

D., habitant l'île Nou, âgé de 40 ans, scrofuleux et dysentérique, est atteint de tumeur blanche du genou depuis plusieurs années. En octobre 1878, le genou augmente de volume, des abcès périarticulaires s'ouvrent au dehors, la fièvre s'allume. L'état de marasme est complet, la diarrhée incoercible et la dépression morale excessive. L'amputation plusieurs fois proposée et repoussée par le malade, est maintenant demandée par lui. Quoiqu'il soit peut-être trop tard, on se décide à l'opérer, en songeant aux résurrections que l'on enregistre quelquefois dans ces cas analogues.

31 octobre. — *Amputation.* — Elle est pratiquée au tiers inférieur de la cuisse, par la méthode oblique elliptique de Marcellin Duval. L'os est scié avec précaution, car, dès le premier trait de scie, on s'aperçoit qu'il est réduit à une mince coque solide. Cette raréfaction et l'aspect enflammé et sombre de la moëlle sont d'un fâcheux augure. Néanmoins, la réunion immédiate est tentée par cinq points de suture profonde. A la peau, six points de suture séparés sont appliqués avec de la soie ; on agit ainsi moins par esprit de système, que pour diminuer la surface suppurante chez un homme qui est au dernier degré du marasme. Antisepsie et pansement au coton.

1^{er} novembre. — Diarrhée ; prostration : température 37° 9.

3. — Diarrhée profuse ; état algide. Extrait d'opium 0 gr. 20, puis élixir parégorique 3 grammes ; thé de bœuf.

4. — On enlève les sutures profondes et les fils de soie. Réunion totale par première intention. Pas d'inflammation, pas de douleur, état local au-dessus de toute espérance. Etat général toujours le même, diarrhée incoercible, selles aqueuses sans dysenterie, dépression extrême.

10. — Légère amélioration dans la diarrhée; huit à dix selles au lieu de vingt; état parfait du moignon.

13. — Le moignon entièrement cicatrisé est souple, indolore, et semble dater de plusieurs mois. Marche avec des béquilles, l'état général s'améliorant un peu.

L'opéré passe encore quelques semaines à l'hôpital, et est envoyé, le 16 décembre, à la ferme des impotents. L'année suivante, D., rentre à l'hôpital pour une nouvelle crise dysentérique et succombe. Le fémur élargi et vidé, et dont l'extrémité sectionnée à été recouverte d'un champignon osseux en forme de coupole, est déposé au musée d'anatomie de l'école de médecine navale de Toulon.

Observation II

Amputation de l'avant-bras (procédé elliptique de M. Duval) Réunion par première intention.
Guérison. — (Observation recueillie dans le service de M. Fontan).

Moan (Antoine), 34 ans, quartier-maître, tonnelier au port, à la suite d'une blessure profonde à la face antérieure du poignet droit, est amputé au milieu d'accidents septiques graves. Etat moral fâcheux, esprit irritable et découragé. Température 39°.

23 avril 1885. — L'amputation est faite à la partie moyenne de l'avant-bras par le procédé elliptique de Marcellin Duval.

Le malade est endormi et supporte très-bien l'action du chloroforme, L'opération a lieu sans incident; tandis qu'elle se pratique, lavage à la solution de bichlorure dans la proportion de 2 p. 1000. Après l'opération le moignon reste étalé quelques instants à l'air pour en procurer

l'étanchéité aussi complète que possible. Pendant tout ce temps, on projette toutes les minutes sur la surface de section de la solution au sublimé.

On a déjà lié au catgut les artères radiale et cubitale, l'artère interosseuse antérieure et des branches musculaires. Tout suintement ayant cessé, les parties charnues sont alors affrontées muscle à muscle, au-devant des os, et maintenues en place par un capitonnage de quatre fils de catgut sublimé, isolés et fixés à leurs deux extrémités par des coulants de plomb de Galli. On a pris bien soin pendant toute l'opération d'éviter tout froissement ou tiraillement des parties charnues. Après s'être assuré de l'étanchement parfait de l'écoulement sanguinolent, les lèvres cutanées de la plaie sont réunies par cinq points de suture en fil de soie antiseptique.

Alors on procède au pansement. La réunion par première intention étant tentée, le moignon est recouvert de «protective» tempé dans la solution mercurielle, on applique ensuite successivement plusieurs doubles de gaze imbibée de la même solution, une épaisse couche de coton sec, préparé au bichlorure, et enfin un bandage contentif. Temp. 37.

24 avril. — Nuit bonne ; pas de douleur ; la température se maintient au-dessous de 37.

1^{er} mai. — Le pansement est levé au bout du septième jour (la température est restée constamment entre 36° 4 et 36° 8).

Les cinq fils de soie servant aux sutures superficielles sont toujours en place ; il n'existe pas la moindre trace d'inflammation à côté d'eux. Il est sorti une très minime quantité de pus épais. Pansement mis à neuf.

10 mai. — Le second pansement est levé au bout de neuf jours ; la plaie a un bon aspect ; les sutures profondes tombent d'elles-mêmes, ainsi que les plombs qui y sont attachés. La peau du moignon, quoique imparfaitement réunie a une bonne coloration ; les cinq fils de soie servant aux sutures sont toujours en place ; pas la moindre trace d'inflammation sur leurs bords. Il sort du milieu de la plaie un peu de

pus épais, bien lié, mais en très faible quantité. Le malade est pansé à nouveau comme la première et la seconde fois.

19 mai. — Le blessé va très bien ; la réunion est parfaite. Apyrexie complète.

3 juin. — Le moignon est complètement cicatrisé sans aucune suppuration. La cicatrice est linéaire. L'état général du malade est très bon. On lui administre des topiques et des fortifiants et on ne le garde à l'hôpital qu'en vue d'obtenir pour lui un appareil prothétique.

Observation III

Amputation de la jambe au lieu d'élection (Procédé de Sedillot). Réunion par première intention. — Guérison. (Observation recueillie dans le service de M. Fontan).

X... âgé de trente-huit ans, bonne constitution, entre à l'hôpital le 15 novembre 1884 pour tumeur blanche du pied ; on tente la guérison, tout va bien pendant les premiers temps, mais après dix-huit jours la suppuration s'écoulant mal, et le malade ayant eu quelques frissons, l'amputation de la jambe est décidée. Des fusées purulentes et les foyers caséux remontant le long des malléoles et jusqu'au tiers inférieur de la jambe, ce que permet de constater le sommeil chloroformique, forcent à reporter la section de l'os jusqu'au tiers supérieur.

3 décembre. — Opération faite suivant le procédé de Sédillot, en se conformant scrupuleusement aux règles développées ci-dessus.

Antisepsie par la bichlorure de mercure, étanchéité, suture profonde avec le catgut et les tubes de Galli, suture superficielle soignée, recouvrant exactement le tibia au niveau de l'encoche antérieure.

Le thermomètre ne dépasse jamais 37°8.

9 décembre. — Premier pansement. Aspect excellent, peu de gon-

flement, pas de rougeur. Les sutures profondes ont pris, les superficielles semblent avoir échoué. On n'enlève que les fils profonds, qui ne se sont pas encore rompus d'eux-mêmes et qui opèrent une striction un peu trop forte.

15 décembre. — Nouveau pansement ; les lèvres cutanées, qui paraissaient devoir s'écarter, sont soudées et l'on enlève tous les fils de soie.

18 décembre. — La réunion ne s'est pas démentie, elle est totale. Le moignon est de couleur naturelle, souple et indolent, semble dater de plusieurs mois. L'appareil prothétique est mis en place quarante jours après l'opération.

Observation IV

RÉSUMÉ

X..., âgé de 28 ans, forte constitution, habitant la commune d'Ollioules, dans le Var, s'était blessé lui-même d'un coup de feu au coude gauche. Arthrite suppurée, phlegmon du bras, etc., présence de la balle dans l'arthrite même. L'amputation circulaire à manchette est pratiquée le 20 avril 1886. Antisepsie au bichlorure, sutures profondes au catgut, superficielles à la soie phéniquée. Le 2 mai, c'est-à-dire, douze jours après l'amputation, la cicatrisation était parfaite, tous les fils tombés, sauf ceux de soie, qu'il fallut retirer.

Observation V

RÉSUMÉ

Amputation de la jambe au lieu d'élection. — Réunion par première intention. — Guérison.
— (Observation communiquée par M. le professeur Fontan).

X..., chauffeur, a le pied broyé par suite d'un accident de machine ; fracture bimalléolaire, peau décollée dans la moitié inférieure de la

jambe. L'amputation au lieu d'élection est pratiquée d'urgence le 10 août 1881, le soir même de la blessure. Sutures en capitonnage dans un lambeau de Sédillot et sutures superficielles avec la soie ; le 24 août la réunion était complète et définitive.

Observation VI

RÉSUMÉ

Gahagnon (François), 15 ans, jeune apprenti reçoit un coup de hache sur le pied gauche le 22 juillet 1885 ; il en résulte une plaie de 15 centimètres de long parallèle au bord externe du pied, qu'elle intéresse dans toute son épaisseur, le rendant bifide. Le cinquième métatarsien est abrasé obliquement au niveau de sa tête ; cette portion est extraite d'un coup de ciseau, les artères liées, et la plaie réunie dans toute sa longueur par un capitonnage et des sutures superficielles. On craint fort de voir sphacéler ce lambeau, qui est étroitement pédiculé.

Loin de là, tout se passe à merveille ; la réunion est complète le 4 août à la levée du second pansement, et le 10 août le jeune garçon marche sans gêne ni douleur.

Observation VII.

RÉSUMÉ

C'est un fait comparable au précédent. Un jeune officier avait tenté de se donner la mort d'un coup de feu à la tempe. Mais le revolver étant mal appliqué, et dirigé de haut en bas, la balle avait brisé l'arcade zygomatique et s'était brisée au fond de la fosse du même nom. On dut débrider, enlever l'arcade osseuse fragmentée, et enfin la balle qui s'était enclavée dans la grande aile du sphénoïde ; la temporale fut liée, le muscle temporal fut suturé en capitonnage, et les lèvres

cutanées furent réunies aussi avec du catgut, après avoir été excisées dans les points mâchés et brûlés qu'elles présentaient. La guérison complète eut lieu du vingt au vingt-cinquième jour.

Observation VIII.

PERSONNELLE.

Kyste sébacé de l'avant-bras. — Réunion immédiate. — Guérison.

Barbey (Séraphin), 21 ans, soldat au 4^me régiment d'infanterie de marine, entré à l'hôpital pour kyste sébacé de l'avant-bras gauche est opéré le 27 mai dernier après anesthésie locale obtenue avec une injection de 2 centigrammes et demi de chlorhydrate de cocaïne. Dissection de la tumeur. On retire un kyste sébacé siégeant sur l'aponévrose antibrachiale postérieure ; l'étanchéité de la plaie obtenue, on ferme la cavité par une suture cutanée avec du catgut et un pansement compressif au bichlorure. Le 8 juin, la cicatrisation est complète.

Observation IX.

PERSONNELLE.

Plaie de l'avant-bras avec section complète des muscles rond pronateur, grand et petit palmaire. — Réunion immédiate. — Guérison.

Pénault (Honoré), 21 ans, artilleur de marine à Toulon, entre à l'hôpital le 13 juin dernier pour plaie de l'avant-bras droit datant de vingt heures ; la veille au soir, descendant l'escalier de la caserne et glissant sur le talon, il veut, afin d'éviter une chute, envoyer la main à l'espagnolette d'une croisée voisine ; mais la main pénètre à travers un carreau de vitre qu'elle casse, et il en résulte finalement une plaie transversale de l'avant-bras de 6 centimètres de long située à une égale

distance au-dessous du pli du coude ; les muscles rond pronateur, grand et petit palmaire, sont complètement sectionnés ; l'artère radiale n'est pourtant pas intéressée ; la profondeur de la plaie est de 2 centimètres ; on fait une injection de 1 centigramme de chlorhydrate de cocaïne dans chacun des bords de la plaie ; on fait une antisepsie parfaite au bichlorure : lavage des mains, instruments, spray, tout au sublimé ; on relève les chairs avec les mains ; irrigation de la plaie. L'étanchement parfait de l'écoulement sanguinolent est obtenu à souhait en élevant le membre, et des ablutions fréquentes avec la solution mercurielle ; les bouts des muscles divisés sont rétractés ; deux points de suture profonde au catgut réunissent les surfaces de section ; assèchement nouveau et six points de suture superficielle au catgut ; comme pansement, protectrice trempé dans la solution mercurielle, étoupe aseptisée au bichlorure, coton sec passé à l'étuve, bandage compressif ; le membre est placé dans une gouttière. Le 17 juin, on défait le premier pansement ; fils profonds sont détachés ; on enlève les fils superficiels. Pas de douleur ; pas de suppuration ; pas de fièvre ; le 22 juin la cicatrisation était complète.

Observation X

Lipome de la région cervico-dorsale droite. — Ablation. — Réunion par première intention. — Guérison.

M^{me} M..., 35 ans, très robuste et douée d'un embonpoint marqué, se plaint depuis 18 mois, d'une tumeur située à la région cervico-dorsale droite ; la tumeur est oblongue dans le sens vertical, grosse comme le poing et d'une grande mollesse ; elle donne la sensation dite de fausse fluctuation ; la peau est entièrement mobile sur la grosseur ; ni rougeur, ni bosselures, ni inégalités, ni douleur. Le diagnostic lipome,

confirmé ensuite par l'examen histologique, est donc porté sans hésitation.

La tumeur ayant rapidement grossi depuis quelques mois et se trouvant dans une position gênante, Madame M... demande qu'on la lui enlève.

12 mai.—*Opération.* Sommeil chloroformique facilement obtenu sans incident ; incision verticale de 0^m09 à 0^m10 suivant le grand diamètre de la tumeur ; le bistouri traverse d'emblée la couche adipeuse sous-cutanée fort épaisse, en dessous de laquelle doit être situé le lipome ; en effet, un dernier coup de bistouri met à nu la production morbide qui apparaît revêtue d'une membrane et s'isole facilement des parties environnantes ; le décollement en est opéré avec le doigt, sauf en un point situé en haut et en dehors, où la tumeur paraît envoyer une sorte de digitation qui est extraite et finalement excisée avec les ciseaux mousses ; aucune hémorragie ; à peine quelques veinules de la peau donnent un peu de sang. La cavité laissée après l'ablation de la masse graisseuse est du volume d'un œuf de dinde. Lotions continuelles au bichlorure à 1/000. Après avoir attendu quelques instants pour obtenir une étanchéité parfaite, on procède à l'application des points de suture profonde avec la grande aiguille courbe de Reverdin ; la paroi cutanée de la cavité est traversée de dehors en dedans à 0^m03 de la lèvre externe, puis la pointe de l'aiguille saisit le fond de la cavité et vient ressortir sur l'autre lèvre de dedans en dehors à 0^m03 du bord saignant ; un fil de catgut n° 0 est alors accroché par l'aiguille Reverdin et ramené en sens inverse de son trajet ; puis deux coulants de plomb fixent les deux extrémités du fil du catgut sur la peau avec une tension modérée ; un deuxième point est passé d'une façon identique à 0^m02 en dessous du premier. (Ce capitonnage offre ceci de particulier, qu'il ne consiste pas seulement en une suture profonde des deux lèvres de la plaie ; mais qu'en outre il a ramené vers la peau et affronté à la face profonde de celle-ci le fond même de la cavité ; par suite, cette cavité est supprimée et n'a pas besoin d'être drainée). La réunion est complétée par huit

points de suture de soie ne comprenant que la peau. Lotions et pansement avec une plaque de coton bichloruré.

13. — Le pansement est défait afin de vérifier si les plombs ne produisent pas une compression trop énergique : l'un deux, le plus élevé paraissant contusionner les chairs est détaché avec la pointe des ciseaux. Aspect excellent de la plaie. Etat général parfait.

15. — On sectionne le catgut inférieur qui ne s'est pas encore rompu de lui-même ; on enlève tous les points de soie ; la réunion est complète dans toute la hauteur ; pas une goutte de pus, aucune tuméfaction, aucune rougeur, sauf au niveau des points inférieurs où il existe une petite machure.

17. — La plaie est absolument guérie ; légère couche de poudre d'amidon comme pansement.

Observation XI

Carcinome du sein. — Amputation. — Réunion immédiate. — Guérison.

M^{me} Gucrimond, 56 ans, forte constitution, entre à l'hôpital le 12 mars 1886, pour tumeur du sein gauche, qu'elle considère comme résultat d'un violent coup de corde qu'elle aurait reçu quelques années avant : à la suite de ce coup, se serait produit un point douloureux limité, de peu de durée ; 2 ans après, apparition d'un petit noyau induré, du volume d'un pois, qui s'est depuis développé jusqu'à atteindre actuellement le volume d'un poing. La tumeur est mobile sur la poitrine, dure, nullement ulcérée, mais adhérente sur une espace de 4 à 5 centimètres avec la peau de la mamelle qui n'a pas cependant nettement l'aspect de la peau d'orange. Elle est accompagnée d'un seul ganglion légèrement induré mais assez volumineux, siégeant sur le bord externe du grand pectoral et à 4 travers de doigt avant d'atteindre le fond du creux axillaire.

15 mars. — *Opération.* — Anesthésie chloroformique. Incision au bistouri, bifurquée, partant du milieu de la poitrine à la hauteur du mamelon, englobant la tumeur, se rejoignant après, et s'incurvant en haut dans la direction du creux axillaire; tumeur et ganglion sont enlevés. L'hémorragie est peu abondante, les quelques artérioles divisées sont saisies avec des pinces à forcipressure et liées au catgut; irrigation de la plaie avec la solution antiseptique; on arrive à affronter les bords de la plaie sans qu'il soit besoin de trop fortes tractions et on les réunit par des sutures au crin de Florence comprenant une assez grande partie des tissus. La plaie est réunie en totalité et ne reçoit pas de drain. Dernière toilette de la peau et application d'un pansement antiseptique qui est maintenu par un bandage de corps en flanelle fortement serré pour ne laisser aucun vide dans la plaie. Soir, température 38° 4.

Le lendemain apyrexie complète.

17 mars. — Pansement défait; le protective est à peine souillé de sérosité et de quelques gouttes de pus; nouveau pansement.

20 mars. — Les points de suture sont enlevés; la plaie est réunie dans toute sa longueur.

24. — La réunion par première intention est complète; pansement vaseliné; état général toujours bon; la malade sort une semaine après complètement guérie. — L'examen histologique démontre la nature carcinomateuse de la tumeur.

Un an après, en mars dernier, la malade est revenue portant un simple ganglion induré siégeant un peu plus haut que celui enlevé dans la première opération. Ce ganglion induré et paraissant tout à fait isolé a été enlevé par une simple boutonnière faite au creux de l'aisselle. Comme avant, la cicatrisation a rapidement marché. La malade revue tout dernièrement ne présente rien de particulier. L'état général se maintient bon.

Observation XII

Extirpation du sein. — Réunion immédiate par la double suture. (Observation empruntée à M. le Dr Auguste Reverdin, professeur suppléant à la faculté de Genève).

«... Un exemple. — Tu as extirpé un sein et vidé le creux axillaire; il te reste là une cavité énorme que tes professeurs d'anatomie se sont évertués à te faire saisir ; cette cavité axillaire, bornée en avant par le grand pectoral, en arrière par le grand dorsal, en dedans par la paroi thoracique recouverte du grand dentelé et des muscles intercostaux, il s'agit de la supprimer, de la réduire à néant, en tant que cavité. Et on y arrive. Les chirurgiens de Kiel posent des sutures profondes à travers les muscles ; dans l'exemple choisi, ils passeront un fil à la partie supérieure de l'aisselle de façon à ramener en contact les trois parois de la pyramide dont nous venons de rappeler l'anatomie ; ils continuent de même en descendant, en ayant bien soin qu'il ne reste aucun vide ; puis, lorsque tous ces muscles seront cousus ensemble de façon à ne faire qu'un, ils appliqueront avec la même exactitude la peau sur les muscles, et l'y maintiendront par des sutures. Ils termineront enfin en réunissant les bords cutanés par une suture continue ou entrecoupée très peu serrée. Toutes ces sutures sont faites au catgut sublimé. Pendant toutes ces manœuvres, la désinfection se poursuit énergiquement ; l'hémostase est minutieusement assurée ; de temps en temps on appuie sur les tissus cousus pour exprimer les liquides qui pourraient rester en arrière. Bref, cousant toujours, serrant, lavant, on arrive ainsi peu à peu au pansement. Celui-ci, dans son ensemble, doit être fortement serré, cela rentre dans le plan d'effacement des cavités ; il se compose des fameux coussins bourrés de tourbe ; ces coussins sont taillés suivant des formes appropriées à la région à recouvrir, et conservés dans une armoire de verre hermétiquement close ; une bande de gaze stérili-

sée les fixe, puis des bandes d'ouate ordinaire et de tarlatane complètent le pansement. »

Tel est l'exposé du système des chirurgiens de Kiel, car c'est bien là un système, comme le fait remarquer l'auteur précité, et il est applicable non-seulement aux parties molles, mais encore aux os. Quant au résultat d'une amputation du sein faite selon les préceptes exposés ci-dessus, le docteur A. Reverdin se charge encore de nous renseigner à ce sujet d'après un cas qu'il eut dans sa pratique personnelle ; mais laissons-le parler :

«... Tout le sommet de la pyramide axillaire s'est réuni et le reste se serait également accolé, si la peau très amincie n'avait partiellement tourné au sphacèle. A quelque chose, malheur est bon, car c'est ce sphacèle même qui m'a permis, quelques jours après l'opération de revoir les parties profondes et de constater ce qui s'y était passé ; en deux points surtout on reconnaissait nettement l'effet des sutures. Les tissus que j'avais rapprochés étaient là comme des sortes d'éperons, se tendant la main. L'apparence générale de la plaie, mise à nu par la gangrène cutanée, était *grosso modo* celle d'un ravin dont les rives se rapprochent tellement qu'elles réussissent par places à se joindre. Ces promontoires, vestiges évidents de mes sutures, contribuaient d'une manière très efficace à l'effacement de la cavité qui eût existé sans elle. Quant au sphacèle, il ne faut en accuser que la peau de ma vieille malade, ou encore l'usage d'une éponge un peu trop comprimée par le bandage sur des tissus mal nourris. J'endosse volontiers cette responsabilité de peur de la voir peser sur la méthode nouvelle que j'ai employée en débutant, peut-être, mais dont les avantages n'en sont pas moins pour moi indiscutables. »

Observation XIII.

Plaie pénétrante du genou avec fracture condylienne. — Réunion immédiate totale. — Guérison. — (Observation recueillie dans le service de M. Fontan).

Floch, maître mécanicien à bord de l'*Orne*, âgé de 39 ans, fait une chute dans la machine, le 20 août 1886, pendant que le navire sous vapeur venait de quitter la rade de Toulon. Dans cette chute, il a rencontré une manivelle qui l'a blessé à la tête, puis le bras d'une pompe à air, qui a produit une plaie profonde au-dessus de genou gauche.

21 août. — La plaie de la tête, nette, verticale et située au milieu du front, mesure 8 centimètres. Elle a été réunie à bord avec des épingles. La plaie du genou a une direction semi-lunaire et située à 7 ou 8 centimètres au-dessus de la rotule ; elle est exactement parallèle à la circonférence de cet os dans sa partie supérieure. De la section cutanée part un biseau qui divise muscles et tendons et vient aboutir dans l'articulation du genou, contre le bord supérieur et interne de la rotule. En d'autres termes, la plaie est identique à celle qu'eût faite un couteau à transfixion passant sous le bord supérieur de la rotule et taillant de bas en haut un lambeau étroit pour venir sortir à 7 centimètres au-dessus de cet os. La peau est ouverte sur une étendue de 15 centimètres à peu près, l'aponévrose fémorale déchirée ; une partie de l'insertion du droit antérieur et celle du vaste interne sont détruites ; la cavité articulaire ouverte ; la portion interne de la rotule et la partie antérieure du condyle interne sont abrasées. La perte de substance est plus considérable du côté du fémur.

Les esquilles retirées sont formées de tissu spongieux revêtu de cartilage, et l'on reconstitue ainsi une calotte de 1 centimètre d'épaisseur, formant la portion saillante du condyle. Le doigt introduit dans la

cavité articulaire, en retire nombre de débris osseux et cartilagineux, des caillots et des plaques de peinture grise provenant du corps vulnérant. La cavité articulaire est lavée avec le plus grand soin avec une solution de bichlorure de mercure à 2 millièmes, et quand on est sûr qu'elle ne contient plus ni débris ni sang, on procède à la réunion immédiate.

Après avoir réalisé l'étanchéité absolue de la cavité articulaire et de la plaie, les sutures sont appliquées plans par plans ; à fils perdus de préférence au capitonnage, afin de réunir indépendamment tous les éléments divisés. Cinq points de catgut, séparés et perdus, sont placés sur les insertions du droit antérieur, du vaste interne et sur la capsule articulaire, en dessous de ce muscle, au niveau de l'aileron interne de la rotule ; trois points fixent le vaste interne sur le périoste flottant de la face antérieure de la rotule ; trois points réunissent l'aponévrose fémorale ; enfin douze points rapprochent les lèvres de la peau, qui était décollée dans une étendue de 3 à 4 centimètres dans tous les sens. Coton imbibé de bichlorure d'abord, puis sec, et compression. État général agité ; vomissements ; pas de fièvre : 37°,6. Bromure de potassium, 3 grammes.

25 août. — La plaie du front est guérie par première intention. État général meilleur. La température monte pour la première fois à 38°,5.

27. — Température, 38 degrés. On refait le pansement. La plaie paraît à peu près réunie par première intention, sauf en quelques points superficiels, qui suppurent. Gonflement en masse de la moitié inférieure de la cuisse, et infiltration sanguine. Pas de chaleur ; pas de douleur, ni spontanée, ni à la pression.

28. — La température tombe à 37 degrés et s'y maintient.

9 septembre. — Le pansement n'a plus été touché jusqu'à ce jour ; aujourd'hui, en levant l'appareil, on constate qu'il n'y a plus ni gonflement, ni infiltration sanguine. Il persiste une plaque d'induration avec douleur légère à la pression, au niveau du condyle interne. La cicatrisation est complète. Seuls quelques bourgeons charnus exubérants

restent encore aux points où la réunion superficielle a manqué. Cautérisation au nitrate d'argent.

20. — La cicatrice est partout solide. Il n'existe ni engorgement, ni douleur ; le lambeau est anesthésique.

24. — On fait un essai très réservé de mobilisation ; les mouvements sont douloureux ; application d'un appareil silicaté avec lequel le malade fait chaque jour quelques pas.

22 octobre. — On enlève le bandage. Le genou est sensiblement plus volumineux que le genou sain. Il y a de l'empâtement au niveau de l'extrémité inférieure du fémur, mais aucun épanchement dans l'articulation ; aucune douleur spontanée, il n'y a pas d'ankylose, et l'on peut faire exécuter quelques mouvements de flexion sans douleur notable, ni frottements, ni craquements.

24. — Légère atrophie du muscle triceps-crural. — Frictions alcooliques et faradisation.

9 novembre. — Le blessé, qui marche facilement avec une canne, presque sans boiter, et qui sent chaque jour l'état de son genou s'améliorer, part en congé de convalescence.

Réflexions. — Cette observation est intéressante à plus d'un titre. Cette énorme blessure du genou avec vaste contusion, déchirures musculaires et perte d'une partie du condyle interne, eût amené une amputation primitive, il y a quinze ans. L'antisepsie permet aujourd'hui d'en guérir. Mais, non seulement notre blessé a évité l'amputation, il a évité aussi l'arthrite suppurée, qu'on aurait pu regarder comme inévitable ; il a évité l'arthrite plastique et l'ankylose, et il se trouve dans le cas d'un convalescent qui aurait souffert pendant six à huit semaines après une forte contusion du genou. Un point reste pourtant incertain dans le pronostic. Jusqu'où se rétablira la fonction ? Peut-on marcher et plier le genou avec un condyle interne tronqué et dépouillé de cartilage ? La suite le dira, mais on est déjà surpris du résultat.

Observation XIV

Lipome de la nuque enlevé. — Réunion immédiate. — Guérison. — (Communiquée par M. le professeur Chénieux, de Limoges).

X...., jeune fille de 18 ans, fraîche, forte, et bien constituée, se présente pour une tumeur siégeant à la nuque, indolente, molle, pâteuse ; la peau glisse à sa surface : saisie à pleine main, donne la sensation d'une ~~masse~~ masse lobulée, souple, spongieuse, presque fluctuante ; elle est mobile sur les parties profondes ; on croit à un lyome ; j'oubliais de dire que depuis un an la tumeur a augmenté de volume.

19 janvier. — *Opération*. — Enucléation facile ; une fois enlevée, présente le volume d'une orange bien limitée. Antisepsie au bichlorure de mercure. Réunion par points de suture dans toute l'étendue et sans drainage.

24 janvier. — Levée du pansement ; réunion complète. Cependant, il y a un épanchement sanguin qui donne une sensation de fluctuation.

26. — Points de suture enlevés ; guérison parfaite. Ce qui prouve que les épanchements sanguins se faisant dans une plaie fermée se résorbent très bien.

Observation XV

Hystérectomie. — Réunion immédiate. — Guérison (Observation communiquée par M. Chénieux).

X...., femme de 32 ans, est opérée pour une tumeur développée aux dépens de l'utérus, qui simule la grossesse au neuvième mois.

14 décembre 1886. — Hystérectomie pratiquée ; la section a porté sur l'utérus à l'union du corps et du col, sur tout le ligament large, ovaire compris, du côté droit, et seulement sur une portion du ligament large gauche; l'opération a duré 55 minutes. L'incision des parois abdominales s'étendait de 3 centimètres au-dessus du pubis à 3 centimètres au-dessus de l'ombilic ; la section des ligaments larges a été faite au bistouri entre deux ligatures ; la section de l'utérus a été faite au thermo-cautère. Suture complète de la paroi abdominale, sans drainage d'aucune espèce. Antisepsie.

15 et 16. — Pouls faible à 120° ; température axillaire oscille entre 37 et 37,5 ; vomissements bilieux ; pas de soif ni d'agitation trop marquée ; urines normales et abondantes.

17. — Etat satisfaisant ; pouls entre 100 et 112 ; vomissements cessent ; pas de météorisme ; température de 38 à 38,5 jusqu'au sixième jour, où tout va bien ; alimentation suffisante par le bouillon et les potages ; lever le dix-septième jour sans avoir présenté un seul instant des phénomènes graves ; sortie de l'hôpital au bout d'un mois à compter du jour de l'opération.

Observation XVI

Hystérectomie ; réunion immédiate. — Guérison. (Observation communiquée par M. Chénieux).

X..., âgée de 35 ans, porte une tumeur kystique de l'utérus qui nécessite l'ablation de toute la portion supra-vaginale et des deux ovaires ; durée de l'opération 50 minutes ; comme dans l'hystérectomie précédente, les épingles de la suture superficielle sont levées du quatrième au sixième jour, et les fils de la suture profonde du septième au neuvième jour. Aucun accident consécutif. Lever le dix-huitième jour.

Observation XVII

Hystérotomie abdominale. — Ovariectomie double. — Guérison (Observation communiquée par M. Chénieux).

M^{me} Charles, âgée de 39 ans, mère de cinq enfants vivants qu'elle a tous nourris. Le plus jeune est dans sa douzième année. Depuis l'âge de onze ans, époques irrégulières avec avance ou retard.

Depuis quatre ans, avances et pertes abondantes. Avec les pertes, l'amaigrissement est survenu. Au mois de mars 1883, elle s'aperçut qu'elle portait dans le ventre une tumeur qui augmenta progressivement. Dans son entourage, on la crut enceinte, mais elle ne partagea point cette méprise, en se fondant sur l'absence des symptômes habituels, et la persistance des métrorragies. En septembre 1884, un premier examen permet de constater l'existence d'une tumeur à grosses bosselures, de nature solide, au moins en grande partie, remplissant jusqu'à l'épigastre l'abdomen où elle paraissait mobile, et plongeant dans l'excavation pelvienne, où elle semblait enclavée, en faisant corps avec l'utérus ou ses annexes. Les culs de sac étaient pleins, le col haut et refoulé en avant. Epuisement visible ; respiration rude aux sommets sans fièvre ni toux ; opération conseillée est repoussée. Six mois après revient pour être opérée ; faiblesse extrême, plus amaigrie, marchant à grand' peine ne mangeant presque plus ; le ventre énorme retombe sur les cuisses. La tumeur emplit l'abdomen, refoulant le diaphragme, occupant tous les recoins, et ne laissant à l'estomac et à l'intestin menacé de compression qu'un espace bien réduit ; membres inférieurs oedématiés.

3 juin 1885. — *Opération.* — Toutes les précautions antiseptiques prises, la malade est sondée, placée sur le lit d'opération et anes-

thésiée. Incision partant de 3 centimètres au-dessus de l'ombilic et s'arrêtant à 4 centimètres environ du pubis. Pas de sérosité abdominale absence d'adhérences entre les parois abdominales et la tumeur ; la main est passée entre les parois abdominales et la tumeur on peut faire basculer celle-ci entre les lèvres de l'incision solidement maintenues sur elle de chaque côté ; une adhérence molle et vasculaire avec l'appendice vermiculaire du cœcum est détachée avec le doigt. Dans le fond du bassin, à gauche, existe une adhérence générale à tout le plancher pelvien, et aux feuillets du ligament large. Impossible de reconnaître l'utérus, et de trouver un pédicule dans une masse remplissant toute l'excavation. On décolle et on rompt les adhérences du rectum en arrière, de la vessie en avant, avec la spatule ou les doigts, coupant entre deux ligatures au catgut, les gros replis ligamenteux, et les vaisseaux, dont quelques-uns énormes, et serrant toujours de près la tumeur de crainte de s'égarer.

Grâce à une laborieuse dissection, on atteint profondément un pédicule de la grosseur du poignet. Un premier fil de catgut l'étreint solidement. Au dessus de cette première ligature circulaire, une aiguille armée d'un fil double est passée au travers du pédicule, et chaque fil est serré séparément. A deux centimètres environ au dessus de cette double ligature par transfixion, section du pédicule au thermo-cautère, pour mieux assurer l'hémostase dans les premières heures ; la section porte sur la portion cervicale de l'utérus ; les deux ovaires et les trompes sont enlevés avec la tumeur sur les côtés de laquelle ils s'étaient. Une vaste surface sanglante existe sur le plancher pelvien à gauche, comme celle que l'on produirait en coupant le ligament large au point où ses feuillets s'écartent pour aller se continuer avec le péritoine pariétal. Huit points de suture au catgut rapprochent ces surfaces cruentées, ce qui, avec les ligatures déjà faites, porte à vingt le nombre des ligatures perdues. Le pédicule lui-même est abandonné, bien qu'il soit facile de le maintenir au dehors. Suture superficielle et profonde, celle-ci comprenant le péritoine. Pansement avec la gaze au

sublimé. Ouate sur l'abdomen, et l'opérée est reportée dans son lit ; l'opération a duré une heure et demie.

4. — Prostration profonde ; pouls presque insensible à 120 ; soif vive, agitation, sueurs vers le soir, pas de vomissements. Le champagne est bien supporté. Un peu de bouillon froid provoque quelques régurgitations. Trois catéthérismes donnent, le premier un peu d'urine, le deuxième rien, le troisième quelques gouttes. Insomnie et agitation durant la nuit.

5. — Pouls perceptible à 108 ; ventre météorisé, peu sensible à la pression, avec douleurs spontanées. Trois vomissements composés de liquides pris dans la journée, champagne, thé au lait ; trois catéthérismes avec urine claire et abondante au dernier catéthérisme pratiqué le soir vers neuf heures ; à ce moment le pouls est à 92, et l'émission de quelques gaz rend le météorisme moins prononcé.

6. — Agitation, vomissement partiel des liquides ingérés, pouls 96. Le ballonnement reparait et cesse dans la nuit par l'émission de gaz. La malade soulagée s'endort vers le matin — trois catéthérismes — urines claires et abondantes.

7. — Pouls 100 ; deux vomissements bilieux — un peu de ballonnement. — Bouillon, gelée de viande, potion de Todd laudanisée, champagne frappé, — trois catéthérismes — urine claire assez abondante — changement de lit.

8. — Agitation durant la nuit — un vomissement poracé, — malaise, un peu de sensibilité du ventre. — Pouls 108, — urine un peu moins claire le matin. Toutefois la journée est meilleure, l'urine redevient normale, et la malade s'amaigrissant, alimentation plus substantielle. La moitié des épingles de la suture superficielle est enlevée.

9. — Pas de vomissement. — Pas de sensibilité du ventre à la pression. — Les dernières épingles de la suture superficielle sont enlevées.

10. — Pouls 100. — Ventre souple. — Température tombe de 38 à 37,5 ; on enlève la moitié des fils de la suture profonde.

11. — Enlèvement des derniers fils, — Abdomen souple. — Cicatrice solide.

27. — Forces revenues lentement à cause de l'anémie intense dont elle souffrait ; se lève pour la première fois. Le 12 juillet quitte l'hôpital ; on la revoit le 26 septembre, non plus malade et amaigrie, mais fraîche, presque jolie et en tout cas vraiment méconnaissable.

Examen de la tumeur. — Poids 11 kilogrammes ; irrégulièrement bosselée, formée en grande partie de tissu sarcomateux, et par place de myxome avec infiltrations hémorragiques ayant abouti par endroits à des kystes ; s'implantant largement sur la face latérale droite de l'utérus, qu'elle débordait ensuite en tous sens, en la contournant et s'y fixant en arrière par des tractus celluloux.

CHAPITRE III

AVANTAGES DE LA SUPPRESSION DU DRAIN PRÉVENTIF

Les observations précitées suffisent à démontrer les avantages de la réunion immédiate totale ; nous allons pourtant les résumer en quelques mots. Le premier point à remarquer est certainement la rapidité de la guérison ; des plaies vastes, profondes, comme celles produites après les opérations, se cicatrisent en dix, quinze, vingt jours, alors qu'elles eussent demandé un mois avec le drain préventif ; la réaction inflammatoire locale est presque nulle ; la suppuration n'existe pas ou est insignifiante, car un capitonnage bien fait, qui supprime la plaie, et une antiseptie rigoureuse ne permettent plus aux germes contenus dans l'air, germes dont les travaux de Pasteur et de Tyndall, de Lister et de Guérin, ont démontré l'existence et la nocivité, de se glisser à la faveur d'un pansement trop fréquemment renouvelé, et d'un drainage trop pénétrant ou trop longtemps prolongé ; on ne voit plus survenir chez les blessés ces accidents redoutables, connus sous le nom de fièvre traumatique, de septicémie et de pyohémie, dus à la pénétration de matières septiques dans une plaie drainée ; la plaie réunie par première intention sans tube de Chassaignac, se trouve soustraite au contact de tout corps étranger, et de ces conditions il résulte une absence presque absolue de douleur, que favorise d'ailleurs un pansement ouaté compressif.

Au point de vue de l'utilisation fonctionnelle des moignons l'excellence des résultats n'est pas moins évidente ; on obtient des cicatrices nettes, régulières, linéaires, souples, sans adhérences, et le plus souvent exemptes de rétractions consécutives. L'état général lui-même se

ressent bien moins du traumatisme, car il n'y a plus cet affaiblissement progressif occasionné par la suppuration et un plus long séjour à l'hôpital ; avec la rapidité opératoire exigée pour fermer le plus promptement possible la porte d'entrée aux microbes et l'absence de douleur au niveau de la plaie, le choc nerveux diminue d'intensité.

Enfin, force n'est plus de renouveler fréquemment les pansements, inconvénient sérieux du drainage préventif dans les hôpitaux, c'est-à-dire, dans son lieu d'élection par excellence ; ainsi que le fait remarquer M. Ollier, la température s'élève quand ce renouvellement ne répond pas à une indication bien sérieuse ; en outre, leur application nécessite des soins méticuleux, exige un personnel nombreux, et met le chirurgien dans l'obligation de remuer fréquemment les blessés ; tout cela faisait désirer qu'on apportât dans ce sens un perfectionnement au pansement antiseptique. A tous ces titres, la suppression du drain constitue un progrès ; car le pansement rare se trouve par cela même réalisé.

CONCLUSION

Des observations qui précèdent et des réflexions qu'elles nous ont inspirées, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° La réunion totale par première intention doit toujours être tentée dans les grandes plaies récentes ;

2° Elle procure d'énormes avantages à un triple point de vue : guérison rapide, complications évitées, résultat fonctionnel supérieur ;

3° Elle réussit presque sûrement si elle est faite avec le soin nécessaire, c'est-à-dire en pratiquant l'antisepsie rigoureuse, l'étanchéité absolue, l'affrontement exact par plusieurs plans de sutures et la compression soutenue ;

4° Le drain préventif doit être supprimé.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 27 Juillet 1887.
Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 27 Juillet 1887.
Le Doyen,
A. CASTAN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ARLAUD.— *Du drainage préventif*.— (Gazette des hôpitaux) 1861.
- B. ANGER.— *Pansement des plaies chirurgicales*. Thèse d'agrégation, 1872.
- AZAM.— *Réunion primitive et pansement des grandes plaies*, 1879.
- CHASSAIGNAC.— *De la suppuration et du Drainage*, 1859.
- CHÉNIEUX.— *Journal de Médecine de la Haute-Vienne*, Octobre 1886.
- DUBRUEIL.— *Valeur relative des différents modes de traitement des plaies à la suite des opérations*. (Thèse d'agrégation), 1869.
- ESMARCH.— *Chirurgie de guerre*, par le Dr Rouge de Lausanne.
- J. FONTAN.— *De la réunion immédiate totale dans les grands traumatismes*. — (Archives de médecine navale, Avril 1887).
- J. DE LAMBALLE.— *De la réunion des plaies par première intention*.
- J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.— *Chirurgie antiseptique*, 1880.
- D. MOLIÈRE. — *Le drainage et la réunion primitive*. — (Semaine médicale d'Octobre 1886).
- E. PECH.— *De la Réunion immédiate* (Thèse de Montpellier 1884).
- PLUM (de Copenhague). — *Suppression du drain préventif*. — (Revue de chirurgie.— Octobre 1886).
- A. REVERDIN.— *Voyage chirurgical à Copenhague et en Allemagne*, 1885.
- SERRE. — *Traité de la réunion immédiate*, 1830.
- A. VÉTELET.— *De la réunion par première intention des traumatismes récents*. (Thèse de Bordeaux, 1886).
- Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. — Articles PANSEMENT et DRAINAGE (Jules Rochard).
- Dictionnaire encyclopédique des Sciences Médicales*. — Article PANSEMENT. (J. Chauvel et H. Bousquet).
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !*
